



Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Departamento de Ciências da Saúde



LOUISE GRACELLI PEREIRA DA SILVA

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE E GMFM: CARACTERIZAÇÃO DO
PONTO DE VISTA FUNCIONAL DE
SEQUELADOS DE PARALISIA
CEREBRAL**

Santos
2010

LOUISE GRACELLI PEREIRA DA SILVA

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE E GMFM: CARACTERIZAÇÃO DO
PONTO DE VISTA FUNCIONAL DE
SEQUELADOS DE PARALISIA
CEREBRAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a
Universidade Federal de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dra. Cristina dos Santos Cardoso de Sá

Santos
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica - Biblioteca - UNIFESP, Campus Baixada Santista.

Silva, Louise Gracelli

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e GMFM: caracterização do ponto de vista funcional de sequelados de paralisia cerebral / Louise Gracelli Pereira da Silva. – Santos, 2010
55 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2010
Curso: Fisioterapia
Orientador: Cristina dos Santos Cardoso de Sá

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2. Paralisia Cerebral. I. Cristina dos Santos Cardoso de Sá II. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e GMFM: caracterização do ponto de vista funcional de sequelados de paralisia cerebral. III. Santos - Campus Baixada Santista.

CDD 615.82

SILVA, Louise Gracelli Pereira

**Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e
GMFM: caracterização do ponto de vista funcional de sequelados de Paralisia
Cerebral**

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Cristina dos S. C. de Sá

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^ª. Dra. Raquel de Paula Carvalho

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^ª Dra. Carla Cilene B. da Silva

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Maria e Valdecy**, pelo amor incondicional, fonte inesgotável de incentivo para que eu pudesse ir além; por acreditarem em meu potencial e confiarem nas minhas escolhas sem medir esforços para viabilizá-las.

Aos meus irmãos, **Muriel e Estevam**, amigos raríssimos nesta vida, sempre presentes com a sabedoria de seus gestos e o aconchego de seus sorrisos.

A minha **família** amada, parceiros inestimáveis que tornam essa vida mais saborosa de ser vivida.

A minha orientadora **Cristina dos S. C. de Sá**, pela paciência, dedicação e confiança e por fazer parte do meu crescimento pessoal e profissional nessa jornada.

Aos **pacientes**, por suas histórias e exemplos de vitórias, e sem os quais não haveria estudo.

À **APPC**, em especial à fisioterapeuta Gabriela, pelo apoio e consentimento para a realização da pesquisa.

A **segunda turma** de Fisioterapia da Unifesp, pela acolhida e parceria nesses quatro anos insubstituíveis da minha vida, em especial à Cássia, Priscila, Nicole, Bárbara, Leiliane, Felipe e Irina.

RESUMO

A paralisia cerebral (PC) é consequência de uma lesão estática ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. As manifestações funcionais dessa condição devem ser avaliadas individualmente, uma vez que o desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas do paciente, mas também pelas demandas específicas da tarefa e pelas características do ambiente no qual ele interage. O impacto funcional dessa condição tem, recentemente, despertado o interesse de profissionais que lidam com essa clientela. A OMS publicou a versão oficial CIF em língua portuguesa, um novo sistema de classificação que propõe uma abordagem biopsicossocial que incorpora três dimensões na qual cada nível age sobre e sofre a ação dos demais. A incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde, embora já venha sendo adotada por diversos setores e equipes multidisciplinares, deve ser ainda amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas. **Objetivo:** Classificar, com base na CIF, as características da população da Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC) localizada na cidade de Santos, enfocando a função e estrutura do corpo, na capacidade e participação social dos participantes e correlacioná-la com o GMFCS e a GMFM. **Método:** Participaram do estudo onze indivíduos com diagnóstico de PC atendidos na APPC, idade média de 17,1 ($\pm 4,12$), dos quais 72,8% apresentavam o tipo espástico da PC. O grau de funcionalidade física pelo GMFCS apresentou distribuição heterogênea com 54,6% dos pacientes com níveis I e II, 9% com nível III e 36,4% com nível IV e V. **Resultados:** Os resultados mostram que quanto maior o nível do GMFCS, menor escore é obtido nas dimensões da GMFM. Além disso, quanto mais significativas as alterações de função e estrutura do corpo, menor o desempenho dos participantes. **Conclusão:** Apesar das dificuldades na aplicação da CIF, é possível a seleção dos códigos a serem utilizados em uma condição específica, sendo, então, aplicável em todas as faixas etárias. Além disso, a implantação desse novo paradigma deve ser amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Fisioterapia; funcionalidade; GMFCS; GMFM; Paralisia Cerebral

ABSTRACT

Cerebral palsy (CP) is a consequence of a static lesion occurred in the pre, peri or postnatal that affects the central nervous system in the process of structural and functional maturation. Functional manifestations of this condition should be assessed individually, since the functional performance is influenced not only by the intrinsic properties of the patient but also by the specific demands of the task and the characteristics of the environment in which it interacts. The functional impact of this condition has recently attracted the interest of professionals dealing with this clientele. The WHO has published the official version ICF in Portuguese, a new classification system that proposes a biopsychosocial approach that incorporates three dimensions in which each level acts on and suffers the action of others. Incorporating the use of ICF in health care practices, although it will be adopted by various sectors and multidisciplinary teams, must still be extensively explored in relation to its acceptability and validity in different areas. **Objectives:** Sort based on the ICF the population characteristics of the *Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral* (APPC) in the city of Santos, focusing on the structure and function of the body, ability and social participation of the participants and correlate it with the GMFCS and GMFM. **Method:** The study included eleven individuals diagnosed with CP treated at APPC, mean age 17.1 (\pm 4.12), of which 72.8% were type spastic CP. The degree of physical functioning at GMFCS showed heterogeneous distribution with 54.6% of patients with levels I and II, 9% with level III and 36.4% at levels IV and V. **Results:** The results show that the higher the level of the GMFCS, the lower score is obtained in the dimensions of the GMFM. Moreover, the more significant changes in structure and function of the body, the lower the participants' performance. **Conclusion:** Despite the difficulties in applying the ICF, it is possible the selection of codes to be used in a specific condition, and therefore being applicable in all age groups. Furthermore, the implementation of this new paradigm should be widely explored in relation to its acceptability and validity in different areas.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; physical therapy; functioning; GMFCS; GMFM; cerebral palsy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perspectiva histórica dos principais modelos de função e disfunção.....	12
Tabela 2 – Descrição dos participantes quanto aos aspectos idade, tipo de PC e GMFCS.....	18
Tabela 3 – Caracterização dos participantes do estudo com base no tipo de PC, GMFCS e GMFM.....	20
Tabela 4 – Distribuição da frequência das funções mentais encontrada na população estudada.....	22
Tabela 5 – Distribuição da frequência das funções sensoriais e dor encontrada na população estudada.....	23
Tabela 6 – Distribuição da frequência das funções da voz e fala encontrada na população estudada.....	23
Tabela 7 – Distribuição da frequência das funções neuromusculares relacionadas ao movimento encontrada na população estudada.....	24
Tabela 8 – Distribuição da frequência da estrutura do sistema nervoso encontrada na população estudada.....	24
Tabela 9 – Distribuição da frequência da estrutura de olho, ouvido e estruturas relacionadas encontrada na população estudada.....	25
Tabela 10 – Distribuição da frequência das estruturas relacionadas com a voz e a fala encontrada na população estudada.....	25
Tabela 11 – Distribuição da frequência das estruturas relacionadas ao movimento encontrada na população estudada.....	26
Tabela 12 – Distribuição da frequência da aprendizagem e aplicação do conhecimento encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	27

Tabela 13 – Distribuição da frequência das tarefas e demandas gerais encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	27
Tabela 14 – Distribuição da frequência da comunicação encontrada da população estudada segundo o GMFCS.....	29
Tabela 15 – Distribuição da frequência da mobilidade encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	29
Tabela 16 – Distribuição da frequência do cuidado pessoal encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	31
Tabela 17 – Distribuição da frequência da vida doméstica encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	31
Tabela 18 – Distribuição da frequência das relações e interações interpessoais encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	33
Tabela 19 – Distribuição da frequência das áreas principais da vida encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	33
Tabela 20 – Distribuição da frequência da vida comunitária e social encontrada na população estudada segundo o GMFCS.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APPC	Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral
CBCD	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF C-J	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens
<i>et al..</i>	e outros
GMFCS	Gross Motor Function Classification System
GMFM	Gross Motor Function Measure
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Paralisia cerebral
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Objetivos.....	17
Objetivo geral.....	17
Objetivo específico.....	17
Método.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	18
Procedimentos.....	19
Resultados.....	19
GMFCS E GMFM.....	20
<i>CHECKLIST</i> DA CIF.....	21
Parte 1A – Deficiências das funções do corpo.....	21
Parte 1B – Deficiências das estruturas do corpo.....	24
PARTE 2 – Limitações de atividades e restrição à participação.....	26
Discussão.....	35
Conclusão.....	39
Considerações finais.....	39
Referência bibliográficas.....	40
Anexos.....	42
Anexo 1 – Classificação detalhada do <i>checklist</i> da CIF com definições.....	43
Parte 1A. Deficiências das funções do corpo.....	43
Parte 1B. Deficiências das estruturas do corpo.....	46
Parte 2. Limitação de atividades e restrição à participação.....	46
Anexo 2 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.....	52
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54

INTRODUÇÃO

Historicamente, as intervenções em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo médico, o qual define saúde como a ausência de doenças e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico (SAMPAIO *et al.*, 2005). Diferentes sistemas definem deficiência ou incapacidade de acordo com suas próprias necessidades e regulações, mas tipicamente as definições carecem de critérios específicos, impossibilitando determinações precisas.

Foram propostos dois grandes modelos conceituais de incapacidade. O modelo médico considera a incapacidade como um estado da pessoa, causado diretamente por doença, trauma ou qualquer outra condição de saúde. A incapacidade, segundo este modelo, requer tratamento médico, outra forma de tratamento ou de intervenção individual com vista a corrigir o problema existente (OMS, 2005). A perspectiva biomédica reduz a deficiência à categoria de doença corporal e foca no paciente, e não na pessoa (SAMPAIO & LUZ, 2009).

O modelo social de incapacidade, em resposta à hegemonia biomédica sobre o tema, sugere que o significado de deficiência e de incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos. Nessa perspectiva, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas sim da influência de efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Sendo assim, a incapacidade exige uma resposta política, visto o problema decorrer da existência de um meio ambiente desajustado e criado por atitudes e outras condições do meio social (OMS, 2005; SAMPAIO & LUZ, 2009; DINIZ *et al.*, 2007).

Embora, por si só, nenhum dos modelos seja apropriado, pois as duas visões ignoram a identidade corporal, a personalidade e o potencial de transformação das pessoas que experimentam algum tipo de incapacidade, ambos são parcialmente válidos (OMS, 2005; SAMPAIO & LUZ, 2009).

O desenvolvimento de tecnologia e instrumentação em saúde contribuiu para a eliminação ou o controle de muitas doenças agudas e, dessa forma, as condições crônicas tornaram-se o principal foco de preocupação dos profissionais de saúde. Deslocou-se o enfoque da construção de indicadores de saúde da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente para as

consequências das doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida das pessoas (BUCHALLA, 2003; SAMPAIO *et al.*, 2005; SAMPAIO & LUZ, 2009).

Ao longo dos últimos anos foram propostos alguns modelos para nortear as discussões e as pesquisas sobre o tema. O primeiro modelo, baseado na teoria sociológica, foi desenvolvido na década de 60 por Saad Nagi. Nagi definiu uma relação linear entre os componentes estabelecida desde o início da doença e que se completa quando a incapacidade se instala (Tabela 1) (NAGI, 1965 *apud* SAMPAIO *et al.*, 2005).

Tabela 1- Perspectiva histórica dos principais modelos de função e disfunção (Sampaio et al., 2005)

MODELO	Descrição (componentes)			
Nagi (1965)	Patologia ativa → Deficiência → Limitação Funcional → Incapacidade			
Terminologia	Interrupção ou interferência nos processos normais e esforços do organismo para retornar aos estados normais.	Anormalidades ou perdas anatômicas, fisiológicas, mentais ou emocionais.	Limitação do desempenho no nível do organismo ou da pessoa.	Limitação no desempenho de papéis e tarefas socialmente definidos em um ambiente sociocultural e físico.
Internacional Classification of Impairment, Disability and Handicap (OMS, 1980)	Doença → Disfunção → Incapacidade → Restrição Social			
Terminologia	Patologias intrínsecas ou desordens orgânicas	Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica no nível orgânico.	Restrição ou perda da habilidade de realizar uma atividade de maneira normal.	Desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função normal pelo indivíduo. Depende de idade, sexo e fatores socioculturais.
Internacional Classification of Functioning, Disability and Health – ICF (OMS, 2001)	Condição de saúde ↔ Estrutura e Função do corpo ↔ Atividade ↔ Participação			
Terminologia	Fatores pessoais		Fatores ambientais	
	Termo genérico que denomina doença, distúrbio, lesão ou trauma. Inclui também circunstâncias como estresse, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética.	Partes anatômicas como órgãos, membros e seus componentes, bem como funções fisiológicas dos sistemas do corpo, incluindo funções psicológicas.	Execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.	Envolvimento em situações de vida.

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, em 1976 a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and*

Handicaps (ICIDH), em caráter experimental, baseada no modelo de Saad Nagi para fins de pesquisa (Tabela 1) (FARIAS & BUCHALLA, 2005; ARAUJO, 2008).

A linguagem proposta pela ICIDH foi alvo de severas críticas do então emergente campo dos estudos sobre deficiência (*disability studies*). O sistema proposto pela ICIDH classificava a diversidade corporal como consequência de doenças ou anormalidades, além de considerar que as desvantagens eram causadas pela incapacidade do indivíduo com lesões de se adaptar à vida social. A falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais e a falta de relação entre as dimensões da classificação também foram apontadas como aspectos negativos (DINIZ *et al.*, 2007; ARAUJO, 2008). O modelo social da deficiência foi o principal marco teórico dos estudos sobre deficiência – subverteu a lógica da causalidade proposta pela ICIDH: não era a lesão a principal causa das desvantagens, mas sim a opressão social aos deficientes. A revisão da ICIDH procurou resolver essa controvérsia, incorporando as principais críticas deste modelo (DINIZ *et al.*, 2007).

No total, desde os primeiros estudos, foram 25 anos de pesquisas com ampla participação internacional. Mais de 50 países e de 1800 peritos estiveram envolvidos nos testes de campo, cada um produzindo o seu próprio relatório. Após todos os testes, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou a atual “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), no ano de 2001 (ARAUJO, 2008; DI NUBILA, 2007; BUCHALLA, 2003).

Então, a ICF é um novo sistema de classificação multidimensional e interativo que não classifica a pessoa, mas sim, as características da pessoa, do meio ambiente e a interação entre tais características, permitindo, assim, descrever o estatuto funcional da pessoa (Tabela 1) (OMS, 2003). O novo título reflete a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. A nomenclatura utilizada baseia-se nas descrições positivas de função, atividade e participação (NORDENFELT, 2003 *apud* SAMPAIO *et al.*, 2005).

Em 2003, surge a versão oficial da OMS em língua portuguesa – “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (CIF) – publicada pelo Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações em Saúde da Universidade de São Paulo no Brasil, para a qual o Ministério da Saúde de Portugal prestou a sua colaboração.

Na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse novo modelo destaca-se do biomédico, pois evoluiu para um modelo que incorpora as três dimensões e no qual cada nível age sobre e sofre a ação dos demais: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social.

A abordagem biopsicossocial busca integrar a investigação sociológica com a ciência biológica como base para desenvolver um entendimento relacional ou não dualístico do corpo. No caso específico da funcionalidade humana, essa abordagem rejeita a tentativa de separação destes componentes (SAMPAIO & LUZ, 2009). É um modelo que introduz uma mudança radical de paradigma: “do modelo puramente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana” (OMS, 2003).

O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social, descrevendo a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo. Do ponto de vista pragmático, seu objetivo é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo (OMS, 2003; CIEZA *et al.*, 2004 *apud* ARAUJO, 2008).

A funcionalidade tornou-se, então, o ponto central para avaliação e determinação de condutas, inclusive em pacientes com condições crônicas.

A paralisia cerebral (PC) é consequência de uma lesão estática ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. A disfunção é, predominantemente, sensório-motora, envolvendo distúrbios de tônus muscular, postura e movimentação voluntária (SOUZA & FERRARETTO, 1998; BRASILEIRO & MOREIRA, 2008).

Embora a condição de PC possa resultar em alterações de certa forma previsíveis no sistema musculoesquelético, as manifestações funcionais dessa condição devem ser avaliadas individualmente, uma vez que o desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas do paciente, mas também pelas demandas específicas da tarefa e pelas características do ambiente no qual ele interage. Profissionais da saúde têm, tradicionalmente, se baseado em informações sobre a doença e a sintomatologia da PC para definirem intervenções terapêuticas

que objetivem mudanças funcionais. Entretanto, tal procedimento se caracteriza como pressuposto clínico, já que os desfechos funcionais nem sempre se relacionam de forma linear e direta com a gravidade da condição patológica e clínica (MANCINI *et al.*, 2004).

Grande parte da literatura tem centrado suas investigações nas manifestações neuromusculares da PC. O impacto funcional dessa condição tem, recentemente, despertado o interesse de alguns profissionais que lidam com essa clientela (MANCINI *et al.*, 2004) e esforço tem sido feito para enfatizar a função dos pacientes em vez de suas limitações. Diante disso, Russel *et al.* (1989) criaram a GMFM – Mensuração da Função Motora Grossa (*Gross Motor Function Measure*), cuja proposta é quantificar a função motora que a criança é hábil para demonstrar, independente do seu desempenho nesta função (DAMIANO & ABEL, 1996; PINA & LOUREIRO, 2006). É um sistema de avaliação quantitativa, construído com a proposta de avaliar alterações na função motora ampla em crianças com PC, descrevendo seu nível de função e auxiliando no plano de tratamento, com vista na melhora da função e qualidade de vida (PINA & LOUREIRO, 2006)

Além da GMFM, o fisioterapeuta e demais profissionais da equipe de reabilitação dispõem do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS – *Gross Motor Function Classification System*) para paralisia cerebral baseado no movimento iniciado voluntariamente, com ênfase no sentar (controle de tronco) e no andar. Criado por Palisano *et al.* (1997), o foco dessa classificação está em determinar qual nível melhor representa as habilidades atuais da pessoa e as limitações na função motora em casa, na escola e nos espaços comunitários.

Quando em comparação com outros instrumentos de classificação e de avaliação, deve-se lembrar que cada um tem suas particularidades e são todos considerados complementares um do outro para auxiliar na elaboração das metas terapêuticas e permitir melhor visualização do potencial do paciente pelos terapeutas, familiares e pelo próprio indivíduo.

A descrição de como o indivíduo com sequela de paralisia cerebral vive com sua condição de saúde é pertinente dada à necessidade de compreendê-la como um todo. Movimento e ações estão interligados com percepção e cognição e a habilidade em cumprir demandas de tarefas está diretamente relacionada à sua interação com o ambiente, determinando, deste modo, sua capacidade funcional (BRASILEIRO & MOREIRA, 2008).

Para se analisar o impacto de diferentes intervenções, necessitamos de um sistema de classificação dos domínios das áreas da vida, assim como, dos fatores ambientais que promovem o desempenho. A incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde, tendo em vista que se trata da inclusão de uma nova tecnologia, embora já venha sendo adotada por diversos setores e equipes multidisciplinares, deve ser ainda amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas, seu impacto nos cuidados de saúde, seu potencial em medir o estado funcional dos pacientes e seu uso pelos sistemas de informação para elaboração de estatísticas de saúde (ARAUJO, 2008).

Chaná e Albuquerque (2006) pontuaram que o uso da CIF na clínica da neurociência é possível e permite uma linguagem comum entre a equipe de reabilitação e o paciente. Embora seu sentido global de funcionalidade dificulte, em alguns casos, a classificação de problemas específicos, trata-se de uma classificação viva que será aperfeiçoada à medida que é utilizada.

Considerando a transição epidemiológica do mundo, a Fisioterapia passou a ser uma das atividades profissionais importantes para identificação de alterações e prevenção de incapacidades. Com a publicação da CIF, a identificação padronizada da funcionalidade passou a ser possível.

A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo. Norteados por esse modelo, os profissionais podem identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde, as discrepâncias que existem entre o nível de função desejado pelo paciente e sua capacidade de alcançá-lo e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente (SAMPAIO *et al.*, 2005).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Classificar, com base na CIF, as características da população da Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC) localizada na cidade de Santos, enfocando a função e estrutura do corpo no desempenho e participação social dos participantes.

Objetivo específico

Relacionar a escala GMFCS, que indica a gravidade da seqüela, e GMFM, a qual avalia a motricidade ampla do indivíduo de forma quantitativa, com o desempenho e participação social do indivíduo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de estrutura transversal, na qual todas as variáveis foram medidas em um único momento, sem período de acompanhamento.

A pesquisa foi desenvolvida na Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC) localizada na cidade de Santos/SP, com os portadores de paralisia que recebem acompanhamento na instituição.

Participantes

Participaram do estudo onze indivíduos com diagnóstico de Paralisia Cerebral com idade média de 17,1 ($\pm 4,12$), predominando o gênero masculino (n=9). Na classificação da PC segundo o tônus muscular, 72,8% (n=8) apresentaram o tipo espástico da PC (Tabela 2).

A classificação dos indivíduos espásticos quanto à topografia da PC se divide em: dois hemiparéticos, um diparético, um triparético e quatro tetraparéticos.

Foram incluídos os sujeitos com diagnóstico definitivo de PC; com idade entre 12 e 30 anos, em atendimento na APPC; e os portadores de deficiência auditiva estavam devidamente protetizados. Foram excluídos os portadores de deficiência cognitiva e de malformação congênita não relacionada à PC.

Tabela 2 – Descrição dos participantes do estudo quanto aos aspectos idade e tipo de PC.

PARTICIPANTE	IDADE	TIPO DE PC (TÔNUS)
1	20	espástico
2	14	misto
3	14	atetóide
4	15	espástico
5	15	espástico
6	14	espástico
7	18	atáxico
8	13	espástico
9	18	espástico
10	17	espástico
11	27	espástico

Instrumentos

Os participantes foram classificados segundo o GMFCS quanto à função motora grossa e a GMFM avaliou a motricidade ampla do indivíduo de forma quantitativa.

Devido à dificuldade de uso completo da extensa lista de domínios da CIF, gerada pela diversidade de recursos que ela apresenta a OMS propôs uma lista genérica criada a partir da CIF, contendo as condições mais importantes a serem levantadas durante a atenção ao paciente. Essa *checklist* é composta por 152 categorias que representam os domínios mais relevantes da CIF (ARAÚJO, 2008) e foi utilizada no presente estudo (ANEXO 1).

Os códigos foram classificados de acordo com informações obtidas nos prontuários disponibilizados pela diretoria da instituição, os quais continham relatórios semestrais e avaliações das atividades realizadas por cada indivíduo, bem como pela observação deste em

exercício. Excluíram-se os códigos cujos qualificadores foram empregados como “*Não aplicável*”.

Procedimentos

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e aceito através do número de protocolo CEP: 0865/10 (ANEXO 2).

Após esclarecimento quanto aos objetivos, procedimentos do estudo e possíveis dúvidas, os participantes ou responsáveis preencheram o Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3). Os pacientes incluídos no estudo foram avaliados no espaço disponível na APPC nos meses de abril a julho de 2010. Cada participante foi avaliado uma única vez por duas avaliadoras previamente treinadas para a aplicação do GMFM e da *checklist* da CIF. Foram coletadas informações descritivas (gênero e idade) no dia da avaliação.

As informações sobre o componente de estrutura e função do corpo foram obtidas pelo exame físico (movimentação ativa, tônus e força musculares), pelas escalas do GMFCS e GMFM. Quanto à capacidade e participação social, usou-se como base a *checklist* proposta pela OMS classificada a partir das informações obtidas nos prontuários de cada participante.

Aos participantes assegurou-se total anonimato, nenhum dano durante a avaliação e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento.

Os dados coletados foram inseridos em planilhas do Excel, nas quais se calculou o percentual de cada item.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo os procedimentos aplicados no estudo. Primeiro, serão descritos os dados referentes à caracterização da população segundo o GMFCS e GMFM e, em seguida, de acordo com a CIF.

GMFCS E GMFM

O grau de funcionalidade física pelo GMFCS apresentou distribuição heterogênea com 54,6% (n=6) pacientes com níveis I e II (comprometimento leve), 9% (n=1) com nível III (comprometimento moderado) e 36,4% (n=4) com nível IV e V (comprometimento grave).

De acordo com a GMFM, na dimensão A, que compreende as etapas de deitar e rolar, os sujeitos obtiveram, em média, 77,4% ($\pm 0,23$) do escore total. Já na dimensão B, referente ao sentar, os participantes atingiram em média 70,4% ($\pm 0,32$) do escore total. Quanto à dimensão C, que se refere a engatinhar e ajoelhar, foi alcançado, em média, 57,5% ($\pm 0,38$) do escore total e, nas dimensões D, em pé, e E, andar, correr e pular, conclui-se, em média, 53,2% ($\pm 0,36$) e 38,4% ($\pm 0,34$) das tarefas, respectivamente (Tabela 3).

Observou-se que os escores totais médios da GMFM foram menores nos participantes graves – graus IV e V – ($20,2\% \pm 0,09$) comparados com os leves – graus I e II – ($76,6\% \pm 0,17$).

Tabela 3 – Caracterização dos participantes do estudo com base no tipo de PC, GMFCS e GMFM

PARTICIPANTE	GMFCS	GMFM					TOTAL
		DEITAR E ROLAR	SENTAR	ENGATINHAR E AJOELHAR	EM PÉ	ANDAR, CORRER E PULAR	
1	I	94,0%	100,0%	97,0%	87,0%	83,0%	92,2%
2	V	29,0%	13,0%	2,0%	0,0%	0,0%	8,8%
3	I	100%	100,0%	100%	100%	97,0%	99,4%
4	II	88,0%	81,0%	50,0%	71,0%	40,0%	66,0%
5	III	94,0%	93,0%	52,0%	43,0%	29,0%	62,2%
6	II	47,0%	61,0%	71,0%	56,0%	34,0%	53,8%
7	V	66,0%	48,0%	9,5%	10,0%	0,0%	26,7%
8	I	94,0%	98,0%	97,0%	89,0%	93,0%	94,2%
9	V	76,0%	21,0%	11,0%	7,0%	8,0%	24,6%
10	V	29,0%	16,0%	2,0%	0,0%	0,0%	9,4%
11	I	86,0%	86,0%	85,0%	69,0%	59,0%	77,0%

Embora dois indivíduos com grau V tenham obtido escores acima de 50% na dimensão A, a falta de controle de tronco para execução das atividades da dimensão B compromete o

desenvolvimento dos itens das dimensões seguintes, nos quais todos os sujeitos com grau V de funcionalidade obtiveram escores abaixo de 50% (Tabela 3). Apenas um indivíduo grau I apresenta escore total abaixo de 90%. Observando suas pontuações, nota-se que ele obteve menor desempenho na dimensão E (Tabela 3).

CHECKLIST DA CIF

Os resultados da CIF foram divididos em: parte 1A - Deficiências das funções do corpo; parte 1B – Deficiências das estruturas do corpo; e parte 2 – Limitação de atividade e restrição à participação, de acordo com a *checklist* da CIF.

Parte 1A – DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

De modo geral, no que se refere às funções mentais, a maioria dos participantes não apresentou deficiência ou apresentou deficiência leve. Os dados revelam que 54,6% (n=6) da amostra apresentaram deficiência leve tanto nas funções da consciência (**b110**), nas funções mentais da linguagem (**b167**) e emocionais (**b152**). Nas funções da orientação (**b114**), 45,5% não apresentaram deficiência (Tabela 4). No entanto, dois indivíduos com sequela de PC apresentaram deficiência leve, dois apresentaram deficiência moderada e dois apresentam deficiência grave (Tabela 4).

As funções intelectuais (**b117**), que inclui todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida, apontam que um participante (9%) exibiu deficiência grave, ao passo que 45,5% dos PCs não manifestaram alterações desta função, e a outra metade apresentou deficiência leve (Tabela 4). Nenhum dos sujeitos apresentou deficiência nas funções do sono (**b134.0**).

Já nas funções da atenção (**b140**) e memória (**b144**), verifica-se distribuição heterogênea entre os participantes. Na primeira, 45,5% (n=5) apresentou deficiência leve e 18,2% (n=2), grave. Em relação à memória, a maioria dos sujeitos não apresentou ou possuía deficiência leve (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da frequência das funções mentais encontrada na população estudada

B1. FUNÇÕES MENTAIS					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
b110	5 (45,5)	6 (54,6)	0	0	0
b114	5 (45,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	0
b117	5 (45,5)	0	5 (45,5)	1 (9,0)	0
b130	5 (45,5)	1 (9,0)	4 (36,4)	1 (9,0)	0
b134	11 (100)	0	0	0	0
b140	3 (27,3)	5 (45,5)	1 (9,0)	2 (18,2)	0
b144	5 (45,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	1 (9,0)	0
b152	4 (36,4)	6 (54,6)	1 (9,0)	0	0
b156	8 (72,8)	1 (9,0)	2 (18,2)	0	0
b164	4 (36,4)	1 (9,0)	4 (36,4)	0	2 (18,2)
b167	5 (45,5)	6 (54,6)	0	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

No que diz respeito, às funções cognitivas de nível superior (**b164**), dois participantes apresentaram deficiência total. Quanto ao reconhecimento e à interpretação dos estímulos sensoriais (**b156**), 72,8% dos indivíduos não apresentaram deficiência (Tabela 4).

No item funções sensoriais e dor, não se observam deficiências nas sensações de dor (**b280**). Além disso, a maioria (72,8%) não apresentou deficiências nas funções auditivas (**b230**), e 18,2% dos participantes apresentaram deficiência leve e 9 % deficiência moderada e estavam devidamente protetizados. Quanto às funções vestibulares (**b235**), a maioria apresentou deficiência leve (45,5%), mas em três sujeitos (27,3%) foi constatado deficiência grave. No emprego da visão (**b210**), a maioria dos indivíduos apresentou deficiência leve ou moderada (27,3% em cada qualificador) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da frequência das funções sensoriais e dor encontrada na população estudada

B2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
b210	4 (36,4)	3 (27,3)	3 (27,3)	1 (9,0)	0
b230	8 (72,8)	2 (18,2)	1 (9,0)	0	0
b235	1 (9,0)	5 (45,5)	2 (18,2)	3 (27,3)	0
b280	11 (100)	0	0	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

O *checklist* da CIF inclui apenas um código para as funções da voz e da fala. Verifica-se que a maioria dos participantes apresentou algum tipo de deficiência nas funções da voz (**b310**), sendo que três deles (27,3%) apresentaram deficiência total (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da frequência das funções da voz e fala encontrada na população estudada

B3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
b310	2 (18,2)	2 (18,2)	3 (27,3)	1 (9,0)	3 (27,3)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Somente nas funções dos movimentos voluntários (**b765**) um participante não apresentou qualquer deficiência. Contudo, nos demais itens classificados, todos apresentaram alguma alteração (Tabela 7).

Na mobilidade das articulações (**b710**), constatou-se que a maioria possui deficiência grave (54,6%), o que também se observa nas funções da força (**b730**) e tônus muscular (**b735**) com 45,5% (n=5) dos participantes em ambas (Tabela 7).

Tais resultados foram avaliados no exame físico, o que facilitou a classificação das funções neuromusculares relacionadas ao movimento.

Tabela 7 – Distribuição da frequência das funções neuromusculares relacionadas ao movimento encontrada na população estudada

B7. FUNÇÕES NEUROMUSCULARES RELACIONADAS AO MOVIMENTO					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
b710	0	2 (18,2)	3 (27,3)	6 (54,6)	0
b730	0	4 (36,4)	2 (18,2)	5 (45,5)	0
b735	0	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	0
b765	1 (9,0)	5 (45,5)	4 (36,4)	1 (9,0)	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Parte 1B – DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

As estruturas do corpo são classificadas com qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência. Observou-se deficiência moderada na maioria dos sujeitos (54,6%) na estrutura do cérebro (Tabela 8). No que se refere ao olho, ouvido e às estruturas relacionadas (Tabela 9) e nas estruturas relacionadas com a voz e fala, notou-se distribuição diversificada entre os qualificadores (Tabela 10).

Tabela 8 – Distribuição da frequência da estrutura do sistema nervoso encontrada na população estudada

S1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
s110	0	2 (18,2)	6 (54,6)	3 (27,3)	0
s120	0	0	0	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 9 – Distribuição da frequência da estrutura de olho, ouvido e estruturas relacionadas encontrada na população estudada

S2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS*				
0	1	2	3	4
NENHUMA deficiência (%)	Deficiência LEVE (%)	Deficiência MODERADA (%)	Deficiência GRAVE (%)	Deficiência TOTAL (%)
3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 10 – Distribuição da frequência das estruturas relacionadas com a voz e a fala encontrada na população estudada

S3. ESTRUTURAS RELACIONADAS COM A VOZ E A FALA*				
0	1	2	3	4
NENHUMA deficiência (%)	Deficiência LEVE (%)	Deficiência MODERADA (%)	Deficiência GRAVE (%)	Deficiência TOTAL (%)
2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

A Tabela 11 indica os resultados quanto às estruturas relacionadas ao movimento. Nas estruturas da região da cabeça e do pescoço (s710), 36,4% (n=4) dos indivíduos não possuem deficiência e quatro outros apresentam deficiência leve. Cinco indivíduos (45,5%) apresentaram deficiência leve nas estruturas das regiões de ombro (s720), pelve (s740) e tronco (s760) respectivamente. Um participante (9%) apresentou deficiência total nas estruturas das regiões pélvica e de tronco. Quanto às estruturas dos membros superiores (s730) e inferiores (s750), verificou-se deficiência grave em 45,5% e 36,4% dos sujeitos, respectivamente (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da frequência das estruturas relacionadas ao movimento encontrada na população estudada

S7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO					
CÓDIGO*	0 NENHUMA deficiência (%)	1 Deficiência LEVE (%)	2 Deficiência MODERADA (%)	3 Deficiência GRAVE (%)	4 Deficiência TOTAL (%)
s710	4 (36,4)	4 (36,4)	3 (27,3)	0	0
s720	1 (9,0)	5 (45,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	0
s730	0	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5)	0
s740	1 (9,0)	5 (45,5)	4 (36,4)	0	1 (9,0)
s750	1 (9,0)	1 (9,0)	4 (36,4)	4 (36,4)	1 (9,0)
s760	1 (9,0)	5 (45,5)	4 (36,4)	0	1 (9,0)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

PARTE 2 – LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

Os resultados referentes a Atividades e Participação foram divididos de acordo com o nível funcional do GMFCS. Deste modo, o grupo dos graus I e II é constituído por seis indivíduos, do grau III por um indivíduo e dos graus IV e V, quatro indivíduos (Tabela 12).

No domínio referente à aprendizagem e aplicação do conhecimento, o indivíduo classificado como nível III não apresenta nenhuma dificuldade nas atividades selecionadas. Nenhum indivíduo, seja dos graus I e II ou dos graus IV e V, apresenta dificuldade em observar o meio a sua volta (**d110**) (Tabela 12).

Os dados mostram que, de modo geral, a maioria dos sujeitos dos graus I e II não apresenta dificuldades nas atividades selecionadas ou apresentam dificuldade leve. Observa-se dificuldade grave apenas em um participante (16,4%) para aprender a calcular (**d150**) e em dois (33,3%) para resolver problemas (**d175**) (Tabela 12).

Nos sujeitos classificados como graus IV e V, nota-se distribuição mais heterogênea nos códigos da CIF. Para ouvir (**d115**), 50% dos indivíduos não apresentam dificuldade, enquanto que 25% (n=1) apresenta dificuldade leve e 25%, dificuldade moderada. Três participantes (n=75%) apresentaram dificuldade leve para aprender a ler (**d140**), contudo, para aprender a escrever (**d145**) apenas um participante não apresenta dificuldade. Observa-se dificuldade grave em 50% do grupo para aprender a calcular (**d150**) (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da frequência de aprendizagem e aplicação do conhecimento da população estudada segundo o GMFCS.

D1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)
d110	6 (100)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	4 (100)	0
d115	4 (66,7)	2 (33,3)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0	0
d140	3 (50,0)	1 (16,4)	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	3 (75)	0	0	0
d145	4 (66,7)	2 (33,3)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0	0
d150	3 (50,0)	1 (16,4)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0
d175	2 (33,3)	2 (33,3)	0	2 (33,3)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (25)	3 (75)	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 13 – Distribuição da frequência de tarefas e demandas gerais da população estudada segundo o GMFCS.

D2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)	NENHUMA dificuldade (%)	Dificuldade LEVE (%)	Dificuldade MODERADA (%)	Dificuldade GRAVE (%)	Dificuldade COMPLETA (%)
d210	3 (50,0)	1 (16,4)	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0
d220	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

No que se refere a tarefas e demandas gerais, 50% dos indivíduos de graus I e II são capazes de realizar uma única tarefa (**d210**) sem dificuldades, porém, 66,7% apresentam dificuldade leve para realizar tarefas múltiplas (**d220**). O indivíduo de grau III também não apresenta dificuldade em realizar uma única tarefa, mas para realizar tarefas múltiplas apresenta dificuldade leve. Já nos participantes dos graus IV e V, verifica-se que 50% apresentam dificuldade leve e moderada na realização de uma tarefa e a outra metade apresenta dificuldade moderada. A mesma distribuição se observa nas múltiplas tarefas (Tabela 13).

No capítulo da comunicação, 50% dos indivíduos dos graus I e II são capazes de se comunicar e receber mensagens orais (**d310**) sem dificuldades. Não foram apresentadas dificuldades em 66,7% do grupo para se comunicar e receber mensagens não-verbais (**d315**), em 33,3% dos sujeitos para falar (**d330**), em 83,3% para produzir mensagens não-verbais (**d335**). Nenhum dos sujeitos desse grupo apresenta dificuldade na conversação (**d350**). Apenas um indivíduo apresenta dificuldade completa na fala (**d330**) (Tabela 14).

O participante de grau III não apresenta dificuldade nos códigos classificados (Tabela 14). Já nos graus IV e V, observa-se dificuldade completa na fala (**d330**) de um sujeito. Observou-se dificuldade grave em todos deste grupo para conversação (**d350**), em 50% do grupo na comunicação e recebimento de mensagens orais (**d310**) e em 25% do grupo na fala (**d330**) (Tabela 14).

Quanto à mobilidade, 66,7% dos indivíduos de graus I e II apresentam dificuldade leve para levantar e transportar objetos (**d430**), deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (**d465**) e para controlar e mover, sob o seu próprio comando, um veículo (**d475**), respectivamente. Observa-se dificuldade grave para utilizar algum tipo de transporte em 33,3% e pelo menos um sujeito apresenta dificuldade grave nas demais atividades (Tabela 15).

O participante de grau III apresenta dificuldade moderada na utilização de movimentos finos (**d440**) e na utilização de transporte (**d470**). Nas demais tarefas, o mesmo apresenta dificuldade grave (Tabela 15). Quanto aos sujeitos de graus IV e V, todos apresentam dificuldade completa na utilização de transporte e na condução de algum veículo. Todos apresentam dificuldade grave para levantar e transportar objetos e utilizar movimentos finos das mãos (Tabela 15).

Tabela 14 – Distribuição da frequência de comunicação da população estudada segundo o GMFCS.

D3. COMUNICAÇÃO															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d310	3 (50,0)	1 (16,4)	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	0	1 (25)	2 (50)	0
d315	4 (66,7)	0	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	0	3 (75)	0	0
d330	2 (33,3)	1 (16,4)	1 (16,4)	1 (16,4)	1 (16,4)	1 (100)	0	0	0	0	0	0	2 (50)	1 (25)	1 (25)
d335	5 (83,3)	0	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0	0
d350	2 (33,3)	1 (16,4)				1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	4 (100)	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 15 – Distribuição da frequência de mobilidade da população estudada segundo o GMFCS.

D4. MOBILIDADE															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d430	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	0	0	1 (100)	0	4 (100)	0	0	0	0
d440	1 (16,4)	1 (16,4)	3 (50,0)	1 (16,4)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	3 (75)	1 (25)	0
d450	2 (33,3)	1 (16,4)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	3 (75)
d465	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	2 (50)
d470	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	4 (100)
d475	0	0	4 (66,7)	2 (33,3)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	4 (100)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

No cuidado pessoal, observa-se distribuição heterogênea entre os participantes de graus I e II. Metade dos participantes deste grupo apresenta dificuldade completa em cuidar da própria saúde (**d570**). A maior parte deles apresenta dificuldade leve para lavar-se (**d510**) com 50% dos participantes; cuidar de partes do corpo (**d520**) com 66,7% do grupo; cuidados com os processos de excreção (**d530**) e em vestir-se (**d540**) cada um com 50% dos participantes (Tabela 16).

O participante de grau III apresenta dificuldade leve em comer (**d550**) e beber (**d560**) e dificuldade moderada nas demais tarefas (Tabela 16). Nos indivíduos de graus IV e V, todos apresentam dificuldade completa nos processos de excreção e no cuidar da própria saúde. Apenas 25% deles apresentam dificuldade moderada no cuidar das partes do corpo e para beber (Tabela 16).

No que se refere à vida doméstica, 66,7% dos indivíduos de graus I e II possuem dificuldade moderada tanto em preparar refeições (**d630**) quanto em realizar tarefas domésticas (**d640**). Contudo, 33,3% não apresentam dificuldades em ajudar os outros (**d660**) e 33,3% apresentam dificuldade leve (Tabela 17). O indivíduo de grau III apresenta dificuldade moderada no preparo de refeições e na realização de tarefas domésticas, mas sua dificuldade é leve em auxiliar os outros (Tabela 17). Nos indivíduos de graus IV e V, observa-se em todos dificuldade total nas tarefas domésticas. Porém, 50% apresentam dificuldade grave tanto no preparo de refeições quanto no auxílio aos outros (Tabela 17).

Tabela 16 – Distribuição da frequência de cuidado pessoal da população estudada segundo o GMFCS.

D5. CUIDADO PESSOAL															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d510	1 (16,4)	3 (50,0)	2 (33,3)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	4 (100)	0
d520	0	4 (66,7)	0	2 (33,3)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	3 (75)	0
d530	1 (16,4)	3 (50,0)	0	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	4 (100)
d540	1 (16,4)	3 (50,0)	0	2 (33,3)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	2 (50)	2 (50)
d550	3 (50,0)	1 (16,4)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	2 (50)	0	2 (50)
d560	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)
d570	0	1 (16,4)	1 (16,4)	0	3 (50,0)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	4 (100)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 17 – Distribuição da frequência da vida doméstica da população estudada segundo o GMFCS.

D6. VIDA DOMÉSTICA															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d630	0	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	2 (50)	2 (50)
d640	0	0	4 (66,7)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	4 (100)
d660	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	2 (50)	2 (50)	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Nas relações e interações interpessoais, o indivíduo de grau III não apresenta dificuldade nessas relações (Tabela 18). Nos participantes de graus I e II, 50% deles não apresentam dificuldades tanto nos relacionamentos formais (**d740**), quanto nos sociais informais (**d750**) e nos familiares (**d760**). Pelo menos um participante deste grupo apresenta dificuldade completa nas interações pessoais básicas (**d710**), complexas (**d720**) e no relacionamento com estranhos (**d730**) (Tabela 18). Metade dos participantes de graus IV e V apresenta dificuldade grave tanto nas interações pessoais complexas, quanto no relacionamento com estranhos, nos relacionamentos formais e nos sociais informais. Nas interações pessoais básicas, todos apresentam dificuldade leve (Tabela 18).

A Tabela 19 traz o resultado das frequências nas áreas principais da vida segundo o GMFCS. Nos indivíduos de graus I e II, observa-se que 50% deles não apresentam dificuldades na educação informal (**d810**). Na educação escolar (**d820**), 66,7% destes indivíduos apresentam dificuldade leve, e apenas nas transações econômicas básicas (**d860**), dois sujeitos apresentam dificuldade completa (Tabela 19). O indivíduo de grau III apresenta dificuldade leve na educação escolar e nas transações básicas da vida (Tabela 19). Já a metade dos indivíduos de graus IV e V apresentam dificuldade completa nas transações econômicas; dificuldade grave na educação escolar; e moderada na educação informal (Tabela 19).

Na vida comunitária e social, 66,7% dos sujeitos de graus I e II apresentam dificuldade leve na recreação e no lazer (**d920**) e 50% na vida comunitária (Tabela 20). Os indivíduos de graus IV e V apresentam dificuldade moderada na recreação e no lazer e 50% demonstram dificuldade grave na vida comunitária (Tabela 20).

Tabela 18 – Distribuição da frequência das relações e interações pessoais da população estudada segundo o GMFCS.

D7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d710	2 (33,3)	1 (16,4)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	4 (100)	0	0	0
d720	2 (33,3)	1 (16,4)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	0	2 (50)	0
d730	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,4)	1 (16,4)	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	0	1 (25)	2 (50)	0
d740	3 (50,0)	0	3 (50,0)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	0	2 (50)	0
d750	3 (50,0)	1 (16,4)	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	0	0	2 (50)	0
d760	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	0	2 (50)	0	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 19 – Distribuição da frequência das áreas principais da vida da população estudada segundo o GMFCS.

D8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d810	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,4)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	2 (50)	0	2 (50)	0	0
d820	0	4 (66,7)	0	2 (33,3)	0	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0
d860	1 (16,4)	1 (16,4)	2 (33,3)	0	2 (33,3)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

Tabela 20 – Distribuição da frequência da vida comunitária e social da população estudada segundo o GMFCS.

D9. VIDA COMUNITÁRIA E SOCIAL															
CIF		GMFCS													
CÓDIGO*	GRAUS I e II (n=6)					GRAU III (n=1)					GRAUS IV e V (n=4)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA	NENHUMA dificuldade	Dificuldade LEVE	Dificuldade MODERADA	Dificuldade GRAVE	Dificuldade COMPLETA
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
d910	1 (16,4)	3 (50,0)	2 (33,3)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	4 (100)	0	0
d920	0	4 (66,7)	2 (33,3)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0
d940	0	4 (66,7)	2 (33,3)	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	1 (25)	3 (75)	0
d950	0	0	3 (50,0)	3 (50,0)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	4 (100)	0

* Ver classificação detalhada com definições no Anexo I

DISCUSSÃO

Este estudo buscou classificar, com base na CIF, as características de indivíduos sequelados de Paralisia Cerebral atendidos na APPC – Santos enfocando a função e estrutura do corpo na capacidade e participação; e relacionar a escala GMFCS e GMFM com o desempenho e participação social do indivíduo.

Os resultados mostram que os participantes dos níveis IV e V do GMFCS são aqueles com menor escore nas dimensões da GMFM. Além disso, de modo geral, quanto mais significativas foram as alterações de função e estrutura do corpo, menor foi o desempenho dos participantes.

Mancini *et al.* (2002) compararam o desempenho de atividades funcionais entre crianças com desenvolvimento normal e crianças com PC utilizando o teste *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) e concluíram que o desenvolvimento de atividades funcionais de auto-cuidado pode ser influenciado pela presença de PC. No presente estudo, a presença de PC influenciou negativamente o desempenho dos participantes na maioria das atividades funcionais classificadas. Ainda assim, não foram observadas dificuldades completas em grande parte dos códigos utilizados. O atendimento em uma instituição especializada em paralisia cerebral que disponibiliza, quando necessário, o acompanhamento de profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e pedagogo, teve influência positiva na aquisição de habilidades e no desenvolvimento de atividades destes indivíduos.

A CIF tem potencialidade para uso em várias áreas. O fato de permitir a mensuração de vários aspectos relacionados à saúde e às condições de vida torna complexa sua utilização (BUCHALLA, 2003). Do ponto de vista prático, sua aplicação requer um tempo muitas vezes maior do que a própria consulta.

Ela foi desenvolvida a partir da necessidade de cobrir as questões que não eram alcançadas pela CID-10, isto é, o impacto das condições anormais de saúde na qualidade de vida da pessoa e do paciente (DI NUBILA, 2007). A mensuração desses impactos é feita por meio de um qualificador, que dá a medida da gravidade do problema em questão (leve, moderado, grave

ou total). Contudo, foi constada a dificuldade em estabelecer, numericamente, o impacto das funcionalidades ou incapacidades na vida do indivíduo.

Por exemplo, no presente estudo, um dos participantes com grau I de funcionalidade foi submetido há cerca de quinze anos a artrodese de punho esquerdo. Neste caso, é uma alteração que está presente em mais que 95% do tempo, o que classificaria com deficiência completa na estrutura da extremidade superior (**s750.4**). Entretanto, conforme observado na instituição, esse fator não prejudica ou rompe totalmente sua vida diária, pois, embora com algumas dificuldades, ele é capaz de realizar inúmeras tarefas que exigem o uso do punho.

Desde o início de sua implementação, notou-se a necessidade de uma versão da CIF adaptada à especificidade dos períodos da infância e adolescência, já que as primeiras décadas de vida se caracterizam pelo rápido crescimento e desenvolvimento com mudanças significativas no funcionamento físico, social e psicológico (OMS, 2006).

Por isso, a OMS promoveu a elaboração de uma nova versão – CIF para Crianças e Jovens (CIF C-J), para utilização universal nos setores da saúde, educação e social que fosse sensível às mudanças associadas com o desenvolvimento e que acompanhasse as características dos diferentes grupos etários e dos contextos mais significativos para as crianças e jovens (OMS, 2006). Esta versão, lançada em 2007 pela OMS, embora obedecendo à estrutura e organização da CIF original, engloba um total de 237 novos códigos que contemplam conteúdos específicos e detalhes adicionais relevantes na infância e na adolescência. Nesta versão adaptada foi dada especial atenção a questões chave no desenvolvimento e crescimento das crianças e jovens: a criança no contexto da família; o atraso de desenvolvimento; a participação; e os contextos da criança (OMS, 2006).

A CIF C-J está sendo traduzida ao Português pelo Centro Brasileiro de Classificações de Doenças (CBCD), em parceria com Portugal. O Centro de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, da Universidade do Porto, disponibilizou uma versão traduzida e adaptada, com base na CIF (2003) e ICF-CY (2007), em caráter experimental.

Por permitir a seleção dos códigos a serem utilizados, a CIF publicada é aplicável em todas as idades. Porém, dadas as peculiaridades do desenvolvimento em cada faixa etária, a elaboração de códigos pautados nessas diferenças tornará mais sensível e fiel sua classificação.

Deste modo, a publicação da CIF C-J trará um modelo de intervenção próprio para essa população.

Para o presente estudo, foram selecionados os códigos, a partir da *checklist* da CIF, que pudessem ser aplicados e classificados quanto à especificidade da população estudada. Na parte 2, das limitações de atividades e restrição à participação, incluíram-se os domínios aprendizagem e aplicação do conhecimento; comunicação; mobilidade; cuidado pessoal; vida doméstica; relações e interações pessoais; áreas principais da vida; e vida comunitária, social e cívica. Proporcionalmente, os participantes de graus I e II apresentaram menos dificuldade na execução de tais tarefas se comparados com os indivíduos de graus IV e V. O participante de grau III também apresentou bom desempenho nas situações de vida diária.

Brasileiro *et al.* (2009) caracterizaram as atividades e participação de 32 crianças com diagnóstico de paralisia cerebral por meio de instrumento de classificação baseado na CIF, elaborado pela própria examinadora. Segundo os autores, a utilização da CIF proporcionou uma descrição objetiva quanto à dimensão da limitação ao impacto desta alteração na vida da criança. A diferença entre os códigos utilizados no presente estudo e os selecionados por Brasileiro *et al.* (2009) dificulta a comparação entre os resultados obtidos. Embora ambos tenham caracterizado as atividades e participação de indivíduos com o mesmo diagnóstico, não há evidências de quais códigos melhor descrevam a funcionalidade de pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral.

De modo geral, o uso da CIF pode ser bastante trabalhoso e desestimulante, dada a variedade de aspectos que podem ser classificados na funcionalidade de cada pessoa. Se não houver uma sistematização da observação que direcione a atenção do profissional para os aspectos mais relevantes da funcionalidade e incapacidade do indivíduo, essa classificação pode ter pouca reprodutibilidade. Como estratégia de ampliação do uso da CIF, a OMS elaborou a *checklist* da CIF, utilizada no presente estudo, e os *Core Sets*.

Core set é um termo em inglês que pode ser traduzido como “conjunto principal”, “itens essenciais”, isto é, seleções de categorias da CIF que descrevem melhor a funcionalidade de pacientes com condições e situações específicas de saúde (RIBERTO *et al.*, 2008).

Buchalla e Cavalheiro (2008) desenvolveram uma proposta de core set voltado à AIDS pós-advento da terapia de alto impacto. No estudo, a lista incluiu os aspectos relevantes da

patologia sob o ponto de vista do especialista, do paciente e dos artigos publicados e revisados. Contudo, a aplicação desse conjunto de categorias da CIF deve ser testada em outras populações.

Por meio de um processo de decisão consensual integrando evidências de estudos preliminares, o profissional da saúde dispõe de listas para doze condições crônicas de saúde: osteoporose, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite reumatóide, insuficiência cardíaca, dor nas costas, dor crônica generalizada, depressão, osteoartrose, câncer de mama e mais recentemente para lesões musculoesqueléticas (CIEZA *et al.*, 2004). Contudo, até o presente momento, nenhum *core set* foi desenvolvido para as condições de paralisia cerebral.

O presente estudo possui limitações que devem ser identificadas. Em primeiro lugar, conforme pontuado anteriormente, até o presente momento não foi elaborado nenhum *core set* específico para PC que possua os códigos fundamentais para classificação da funcionalidade dos indivíduos diagnosticados com essa alteração. A desvantagem é que, além de impossibilitar a comparação com estudos publicados, outros códigos que não fazem parte da *checklist* da CIF não foram avaliados quanto a sua aplicabilidade nessa patologia.

Além disso, embora se tenha classificado o desempenho dos sujeitos em um espaço de sua vida cotidiana (APPC), a avaliação pelo GMFM foi realizada sem o uso de órteses. O qualificador de Desempenho descreve o que um indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Os indivíduos atendidos pela instituição são orientados a utilizar suas órteses, quando necessário, a maior parte do dia. Deste modo, a experiência de fato vivida por cada um no seu dia-a-dia não foi inteiramente representada.

CONCLUSÃO

Os pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral com níveis elevados do GMFCS obtêm menor escore nas dimensões da GMFM. Quanto mais significativas são as alterações de função e estrutura do corpo, menor o seu desempenho. Por outro lado, sua participação social pode não apresentar dificuldades diretamente proporcionais a essas variações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF é um documento de caráter universal cuja elaboração, nos moldes atuais, reflete uma mudança de paradigma que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde. Apesar das dificuldades na sua aplicação, é possível a seleção dos códigos a serem utilizados em uma condição específica, bem como o uso da checklist e dos core sets elaborados para treze patologias. Deste modo, a CIF é um instrumento aplicável em todas as faixas etárias.

A utilização da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, pois duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes manifestações funcionais, porém duas pessoas com capacidade funcional equivalente não necessariamente apresentam a mesma condição de saúde.

Norteados por esse modelo, os profissionais podem identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente. Sendo assim, a implantação desse novo paradigma deve ser amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo, E.S. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Brasileiro, I.C.; Moreira T.M.M. Prevalência de alterações funcionais corpóreas em crianças com paralisia cerebral, Fortaleza, Ceará, 2006. *Acta Fisiatr*, 2008; 15(1): 37 - 41.

Brasileiro, I.C.; Moreira, T.M.M.; Jorge, M.S.B.; Queiroz, M.V.O.; Mont'Alverne, D.G.B. Atividades e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*, 2009; 62(4): 503-11.

Buchalla, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 2003; 10(1): 29-31.

Buchalla, C.M.; Cavaleiro, T.R. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e a Aids: uma proposta de core set. *Acta Fisiatr*, 2008; 15(1): 42-48.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – classificação detalhada com definições. OMS, 2003.

Chaná, P.; Alburquerque, D. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2006; 44(2): 89-97.

Cieza, A; Weigl M; Andersen, A; Kollerits, A; Amann, B; Fussl, M. Identification of the most relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med*, 2004; 36: 12–21.

Damiano, D.L.; Abel, M.F. Relation of gait analysis to gross motor function in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 389–396.

Diniz, Demons; Medeiros, M.; Squinca, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(10):2507-2510.

Di Nubila, H.B.V. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Di Nubila, H.B.V.; Buchalla, C.M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(2): 324-35.

Farias, N.; Buchalla, C.A. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8(2): 187-193.

Mancini, M.C.; Alves, A.C.M.; Schaper, C.; Figueiredo, E.M.; Sampaio, R.F.; Coelho, Z.A.C.; Tirado, M.G.A. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Rev bras fisioter*, 2004; 8(3): 253-260.

Mancini, M.C.; Fiúza, P.M.; Rebelo, J.M.; Magalhães, L.C.; Coelho, Z.A.C.; Paixão, M.L.; Gontijo, A.P.B.; Fonseca, S.T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(2-B):446-452.

OMS. Guia do principiante – para uma linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. 2005.

Palisano, R.; Rosenbaum, P.; Walter, S.; Russel, D.; Wood, E.; Galuppi, B. Sistema de classificação da função motora grossa para paralisia cerebral (GMFCS). *Dev Med Child Neurol* 1997; 39:214-223. traduzido por Hiratuka, E.

Pina, L.V.; Loureiro, A.P.C. O GMFM e sua aplicação na avaliação motora de crianças com paralisia cerebral. *Fisioter em Mov*, 2006; 19(2): 91-100.

Riberto, M.; Saron, T.R.P.; Battistella, L.R. Resultados do core set da CIF de dor crônica generalizada em mulheres com fibromialgia no Brasil. *Acta Fisiatr*, 2008; 15(1): 6 - 12.

Sampaio, R.F.; Luz, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(3):475-483.

Sampaio, R.F.; Mancini, M.C. Tecendo uma rede de usuários da CIF. *Rev bras fisioter*, 2007; 11(4): 245-331.

Sampaio, R.F.; Mancini, M.C.; Gonçalves, G.G.P.; Bittencourt, N.F.N.; Miranda, A.D.; Fonseca, S.T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev bras fisioter*, 2005; 9(2): 129-136.

Souza, A.M.C.; Ferraretto, I. Paralisia cerebral: aspectos práticos. São Paulo: Memnon., 1988. 390p.

ANEXO 1

Classificação detalhada do *checklist* da CIF com definições

PARTE 1A: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

LISTA RESUMIDA DAS FUNÇÕES DO CORPO

B. FUNÇÕES MENTAIS**b110 Funções da consciência**

Funções mentais gerais do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília

Inclui: funções do estado, continuidade e qualidade da consciência; perda de consciência, coma, estados vegetativos, fugas, estados de transe, estados de possessão, alteração da consciência induzida por medicamentos, delírio, estupor

Exclui: funções da orientação (b114), funções da energia e dos impulsos (b130), funções do sono (b134)

b114 Funções da orientação

funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente

Inclui: funções de orientação em relação ao tempo, lugar e pessoa; orientação em relação a si próprio e aos outros; desorientação em relação ao tempo, lugar e pessoa

Exclui: funções da consciência (b110), funções da atenção (b140), funções da memória (b144)

b117 Funções intelectuais

funções mentais gerais, necessárias para compreender e integrar construtivamente as várias funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida

Inclui: funções de desenvolvimento intelectual, atraso intelectual, atraso mental, demência

Exclui: funções da memória (b144), funções do pensamento (b160), funções cognitivas de nível superior (b164)

b130 Funções da energia e dos impulsos

funções mentais gerais dos mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer necessidades específicas e objetivos gerais

Inclui: função do nível de energia, motivação, apetite, desejo (incluindo desejo por substâncias que produzem dependência) e controle dos impulsos

Exclui: funções da consciência (b110); funções do temperamento e da personalidade (b126); funções do sono (b134); funções psicomotoras (b147); funções emocionais (b152)

b134 Funções do sono

seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características

Inclui: funções da quantidade, início, manutenção e qualidade do sono; funções relacionadas com o ciclo do sono, como insônia, hipersônia e narcolepsia

Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e dos impulsos (b130); funções da atenção (b140); funções psicomotoras (b147)

b140 Funções da atenção

funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário

Inclui: funções de manutenção da atenção, de mudança da atenção, de divisão da atenção, de partilha da atenção; concentração; distração

Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e dos impulsos (b130); funções do sono (b134); funções da memória (b144); funções psicomotoras (b147); funções da percepção (b156)

b144 Funções da memória

funções mentais específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário

Inclui: funções da memória de curto e de longo prazo; memória imediata, recente e remota; duração da memória; recuperação da memória; recordar; funções utilizadas na recordação e na aprendizagem, como na amnésia nominal, seletiva e dissociativa

Exclui: funções da consciência (b110); funções da orientação (b114); funções intelectuais (b117); funções da atenção (b140); funções da percepção (b156); funções do pensamento (b160); funções cognitivas de nível superior (b164); funções mentais da linguagem (b167); funções de cálculo (b172)

b152 Funções emocionais

funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afetiva dos processos mentais

Inclui: funções de adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar; labilidade emocional, apatia afetiva

Exclui: funções do temperamento e da personalidade (b126); funções da energia e dos impulsos (b130)

b156 Funções da percepção

funções mentais específicas relacionadas com o reconhecimento e a interpretação dos estímulos sensoriais

Inclui: funções de percepção auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil e visioespacial, como em alucinações ou ilusões

Exclui: funções da consciência (b110); funções de orientação (b114); funções da atenção (b140); funções da memória (b144); funções mentais da linguagem (b167); visão e funções relacionadas (b210-b229); funções auditivas e vestibulares (b230-b249); funções sensoriais adicionais (b250 - b279)

b164 Funções cognitivas de nível superior

funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos orientados para metas, tais como, tomada de decisão, pensamento abstrato, planejamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; funções designadas frequentemente como executivas

Inclui: função de abstração e organização de ideias; gestão do tempo, autoconhecimento e julgamento; conceitualização, categorização e flexibilidade cognitiva

Exclui: funções da memória (b144); funções do pensamento (b160); funções da linguagem (b167); funções de cálculo (b172)

b167 Funções mentais da linguagem

funções mentais específicas de reconhecimento e utilização de sinais, símbolos e outros componentes de uma linguagem

Inclui: funções de recepção e decifração da linguagem oral, escrita ou outras formas de linguagem, como por exemplo, linguagem de sinais; funções de expressão da linguagem oral, escrita e de outras formas de linguagem; funções integrativas da linguagem oral e escrita, tais como, aquelas envolvidas na afasia receptiva, expressiva, afasia de Broca, de Wernicke e de condução

Exclui: funções da atenção (b140); funções da memória (b144), funções da percepção (b156); funções do pensamento (b160); funções cognitivas de nível superior (b164); funções de cálculo (b172); funções mentais para a sequência de movimentos complexos (b176); Capítulo 2 Funções Sensoriais e Dor; Capítulo 3 Funções da Voz e da Fala

B2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR

b210 Funções da visão

tamanho, formato e cor do estímulo visual

Inclui: funções da acuidade visual; funções do campo visual; qualidade da visão; funções relacionadas com a percepção da luz e cor, acuidade visual da visão ao longe e ao perto, visão monocular e binocular; qualidade da imagem visual; deficiências, tais como, miopia, hipermetropia, astigmatismo, hemianopsia,

cegueira para as cores, visão em túnel, escotoma central e periférico, diplopia, cegueira noturna e adaptabilidade à luz

b230 Funções auditivas

funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons

Inclui: funções auditivas, discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som, discriminação da fala; deficiências, tais como, surdez, deficiência auditiva e perda da audição

Exclui: funções da percepção (b156) e funções mentais da linguagem (b167)

b235 Funções vestibulares

funções sensoriais do ouvido interno relacionadas com a posição, equilíbrio e movimento

Inclui: funções de posição e sentido posicional; função de equilíbrio do corpo e do movimento

Exclui: sensações associadas à audição e à função vestibular (b240)

b280 Sensação de dor

sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo

Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor penetrante, dor tipo queimadura, dor tipo moinha, dor contínua e intensa; deficiências, como, mialgia, analgesia e hiperalgesia

B3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA

b310 Funções da voz

funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe

Inclui: funções de produção e qualidade da voz; funções de fonação, timbre, volume e outras qualidades da voz; deficiências, como, afonia, disfonia, rouquidão, hipernasalidade e hiponasalidade

Exclui: funções mentais da linguagem (b167); funções da articulação (b320)

B7. FUNÇÕES NEUROMUSCULARES E RELACIONADAS AO MOVIMENTO

b710 Funções da mobilidade das articulações

funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação

Inclui: funções de mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, punho, anca, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade geral das articulações; deficiências, tais como, hipermobilidade das articulações, articulações rígidas, ombro congelado, artrite

Exclui: estabilidade das funções das articulações (b715); funções de controlo do movimento voluntário (b760)

b730 Funções da força muscular

funções relacionadas com a força gerada pela contração de um músculo ou de grupos musculares

Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do tronco e do corpo como um todo; deficiências, tais como, fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético

Exclui: funções dos anexos do olho (b215); funções relacionadas com o tônus muscular (b735); funções da resistência muscular (b740)

b735 Funções do tônus muscular

funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente

Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, hipotonia, hipertonía e espasticidade muscular

Exclui: funções da força muscular (b730); funções da resistência muscular (b740)

b765 Funções dos movimentos involuntários

funções de contrações involuntárias, não intencionais ou semi-intencionais de um músculo ou grupo de músculos

Inclui: contrações involuntárias dos músculos; deficiências, tais como, tremores, tiques, maneirismos, estereótipos, perseveração motora, coreia, atetose, tiques vocais, movimentos distônicos e disquinésia

Exclui: funções de controlo do movimento voluntário (b760); funções relacionadas com o padrão de marcha (b770)

PARTE 1B - DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

LISTA RESUMIDA DAS ESTRUTURAS DO CORPO

S1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO

s110 Estrutura do cérebro

s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas

S2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS

S3. ESTRUTURAS RELACIONADAS À VOZ E FALA

S7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO

s710 Estrutura da região da cabeça e do pescoço

s720 Estrutura da região do ombro

s730 Estrutura do membro superior

s740 Estrutura da região pélvica

s750 Estrutura do membro inferior

s760 Estrutura do tronco

S8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS

PARTE 2: LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

D1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

d110 Observar

utilizar intencionalmente o sentido da visão para captar estímulos visuais, tais como, assistir a um evento desportivo ou observar crianças brincando

d115 Ouvir

utilizar, intencionalmente, o sentido da audição para captar estímulos auditivos, tais como, ouvir rádio, música ou uma palestra

d140 Aprender a ler

desenvolver a capacidade de ler material escrito (incluindo Braille) com fluência e precisão, tais como, reconhecer caracteres e alfabetos, vocalizar palavras com a pronúncia correta e compreender palavras e frases

d145 Aprender a escrever

desenvolver a capacidade de produzir símbolos em forma de texto que representam sons, palavras ou frases de forma que tenham significado (incluindo a escrita Braille), tais como, escrever sem erros e utilizar corretamente a gramática

d150 Aprender a calcular

desenvolver a capacidade de trabalhar com números e realizar operações matemáticas simples e complexas, tais como, utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e aplicar, num problema, a operação matemática correta

d175 Resolver problemas

encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, e executando uma solução selecionada, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas

Inclui: resolução de problemas simples e complexos

Exclui: pensar (d163); tomar decisões (d177)

D3. COMUNICAÇÃO**d310 Comunicar e receber mensagens orais**

compreender os significados literais e implícitos das mensagens em linguagem oral, como por exemplo, compreender que uma declaração corresponde a um fato ou é uma expressão idiomática

d315 Comunicar e receber mensagens não verbais

gestos, símbolos e desenhos, como por exemplo, perceber que uma criança está cansada quando ela esfrega os olhos ou que um alarme significa que há incêndio

Inclui: comunicar e receber mensagens transmitidas por linguagem gestual e símbolos gerais, desenhos e fotografias

d320 Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual

receber e compreender mensagens com significado literal e implícito na linguagem gestual

d335 Produzir mensagens não verbais

utilizar gestos, símbolos e desenhos para transmitir mensagens, como por exemplo, negar com a cabeça para indicar desacordo ou fazer um desenho ou um esquema para transmitir um fato ou uma ideia complexa

Inclui: produzir linguagem gestual, sinais, símbolos, desenhos e fotografias

d350 Conversação

iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais

Inclui: iniciar, manter e finalizar uma conversa; conversar com uma ou mais pessoas

D4. MOBILIDADE**d430 Levantar e transportar objetos**

levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como por exemplo, levantar uma chávena ou transportar uma criança de um local para outro

Inclui: levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre as ancas, costas ou cabeça; pousar objetos

d440 Utilização de movimentos finos da mão

realizar ações coordenadas para manusear objetos, levantá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como por exemplo, pegar em moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta

Inclui: pegar, segurar, manusear e soltar

Exclui: levantar e transportar objetos, (d430)

d450 Andar

mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para frente, para trás ou para o lado

Inclui: andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos

Exclui: auto transferências (d420); deslocar-se (d455)

d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento

mover todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou arranjar outras formas de se mover com equipamentos, tais

como, patins, skis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho

Exclui: auto transferências (d420); andar (d450); deslocar-se (d455); utilizar transporte (d470); conduzir (d475)

d470 Utilização de transporte

utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, num automóvel ou num autocarro, carroça, rickshaw, veículo puxado por tração animal, táxi público ou privado, comboio, autocarro, elétrico, metro, barco ou aeronave

Inclui: utilizar transporte movido por pessoas; utilizar transporte motorizado privado ou público

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); conduzir (d475)

d475 Conduzir

controlar e mover, sob o seu próprio comando, um veículo ou o animal que o puxa, ou qualquer meio de transporte à sua disposição, como por exemplo, um carro, uma bicicleta, um barco ou um animal

Inclui: dirigir um meio de transporte com tração humana, veículos motorizados, veículos com tração animal; montar animais

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento utilização de transporte (d470)

D5. CUIDADO PESSOAL

d510 Lavar-se

Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha

Inclui: lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se

Exclui: cuidar de partes do corpo (d520); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

d520 Cuidar de partes do corpo

cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar

Inclui: cuidar da pele, dentes, cabelo, unhas das mãos e dos pés

Exclui: lavar-se (d510); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção

prever a eliminação e eliminar os dejetos humanos (fluxo menstrual, urina e fezes) e proceder à higiene subsequente

Inclui: regulação da micção, da defecação e dos cuidados com a menstruação

Exclui: lavar-se (d510); cuidar de partes do corpo (d520)

d540 Vestir-se

realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada. e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, sáris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus

Inclui: pôr ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas

d550 Comer

executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares

Exclui: beber (d560)

d560 Beber

coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e servir os líquidos para serem bebidos, abrir garrafas e latas, beber por um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; mamar

Exclui: comer (d550)

d570 Cuidar da própria saúde

assegurar o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como por exemplo, manter uma dieta equilibrada, e um nível apropriado de atividade física, manter uma temperatura corporal adequada, evitar danos para a saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo a utilização de preservativos, seguir os programas de imunização e realizar exames físicos regulares

Inclui: assegurar o próprio conforto físico; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde

D6. VIDA DOMÉSTICA

d630 Preparar refeições

planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros, como por exemplo, elaborar uma ementa, selecionar alimentos e bebidas, reunir os ingredientes para preparar as refeições, cozinhar, preparar pratos quentes e frios, preparar bebidas frias, e servir a comida

Inclui: preparar refeições simples e complexas

Exclui: comer (d550); beber (d560); aquisição de bens e serviços (d620); realizar as tarefas domésticas (d640); cuidar dos objetos da casa (d650); cuidar dos outros (d660)

d640 Realizar as tarefas domésticas

organizar trabalho doméstico, limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como por exemplo, varrer, passar o chão com o pano (ou a esfregão), lavar mesas, paredes e outras superfícies; recolher e remover o lixo doméstico; arrumar quartos, armários e gavetas; recolher, lavar, secar, dobrar e passar roupa a ferro; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquinas de lavar, de secar e ferros de engomar

Inclui: lavar e secar roupa; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610); aquisição de bens e serviços (d620); preparar refeições (d630); cuidar dos objetos da casa (d650); ajudar dos outros (d660)

d660 Ajudar os outros

auxiliar os membros da família e outros nas atividades de aprendizagem, comunicação, auto-cuidados, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da família e de outras pessoas

Inclui: ajudar os outros nos auto-cuidados, movimento, comunicação, relações interpessoais, nutrição e manutenção da saúde

Exclui: emprego remunerado (d850)

D7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES PESSOAIS

d710 Interações interpessoais básicas

interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada, como por exemplo, mostrar consideração e estima quando apropriado, ou reagir aos sentimentos dos outros

Inclui: mostrar respeito, afeto, apreciação, e tolerância nos relacionamentos; reagir à crítica e às insinuações sociais nos relacionamentos; e utilizar contacto físico apropriado nos relacionamentos

d720 Interações interpessoais complexas

manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como por exemplo, controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais, e agir de acordo com as regras e convenções sociais

Inclui: iniciar e terminar relacionamentos; controlar comportamentos nas interações; interagir de acordo com as regras sociais; manter o espaço social

d730 Relacionamento com estranhos

estabelecer contactos e ligações temporárias com estranhos para fins específicos, como por exemplo, perguntar o caminho ou fazer uma compra

d740 Relacionamento formal

criar e manter relacionamentos específicos em ambientes formais, como por exemplo, com funcionários, profissionais ou prestadores de serviços

Inclui: relacionamento com superiores, subordinados e pares

d750 Relacionamentos sociais informais

iniciar relacionamentos com outros, como por exemplo, relacionamentos ocasionais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer ou pessoas com formação ou profissão similares

Inclui: relacionamentos informais com amigos, vizinhos, conhecidos, co-residentes e pares

d760 Relacionamentos familiares

criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada, da família adotiva e de criação, e parentes não consangüíneos, relacionamentos mais distantes como primos de segundo grau, ou tutores legais

Inclui: relacionamentos entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros da família

D8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

d810 Educação informal

aprender com os pais ou com outros membros da família, em casa ou em outro ambiente não institucional, a fazer trabalhos de artesanato, trabalhos manuais e outro tipo de trabalhos, ou ter escolarização em casa

d820 Educação escolar

ser admitido na escola, participar de todas as responsabilidades e privilégios relacionados com a escola, e aprender as lições, a matéria, e outras exigências curriculares num programa educacional primário ou secundário, incluindo ir à escola regularmente, trabalhar em cooperação com outros alunos, seguir as orientações dos professores, organizar, estudar e concluir as tarefas e projetos indicados, e progredir para outros níveis de educação

d860 Transações econômicas básicas

participar em qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro

D9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA

d910 Vida comunitária

participar em todos os aspectos da vida social comunitária, como por exemplo, participar em organizações de beneficência, clubes ou organizações sócio profissionais

Inclui: associações formais e informais; cerimônias

Exclui: trabalho não remunerado (d855); recreação e lazer (d920); religião e espiritualidade (d930), vida política e cidadania (d950)

d920 Recreação e lazer

participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer, como por exemplo, jogos ou desportos informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar em trabalhos artesanais ou ocupar-se em passatempos, ler por prazer, tocar instrumentos musicais; fazer excursões, turismo e viajar por prazer

Inclui: jogos, desportos, arte e cultura, artesanato, passatempos (“hobbies”) e socialização

Exclui: religião e espiritualidade (d930); vida política e cidadania (d950); trabalho remunerado e não remunerado (d850 e d855); montar animais como meio transporte (d480)

d940 Direitos Humanos

Desfrutar de todos os direitos nacional e internacionalmente reconhecidos que são atribuídos às pessoas pelo simples fato da sua condição humana, tais como, os direitos humanos reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (1948) e as Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades (1993); o direito à autodeterminação ou autonomia; e o direito de controlar o próprio destino

Exclui: Vida política e cidadania (d950)

d950 Vida política e cidadania

participar, como cidadão, na vida social, política e governamental, ter o estatuto legal de cidadão e desfrutar dos direitos, projeções, privilégios e deveres associados a este papel,

tais como, o direito de votar e de se candidatar a um cargo político, o direito de formar partidos ou associações políticas; desfrutar os direitos e as liberdades associadas à cidadania (e.g. os direitos de liberdade de expressão, associação, religião, proteção contra a busca e a apreensão não justificadas, o direito a um defensor público, a um julgamento e outros direitos legais e proteção contra a discriminação); ter estatuto legal como cidadão

Exclui: direitos humanos (d940)

ANEXO 2

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 25 de junho de 2010.
CEP 0865/10

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) CRISTINA DOS SANTOS CARDOSO S A

Co-Investigadores: RAQUEL DE PAULA CARVALO (Aluno)

Disciplina/Departamento: CIÊNCIAS DA SAÚDE/Neuromuscular I e II /BAIXADA SANTISTA da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: “**Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e GMFM uma relação do ponto de vista funcional do sequelados de paralisia cerebral**”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Classificar, com base na CIF, a população da Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral, localizada na cidade de Santos, enfocando a função e estrutura do corpo, na capacidade e participação social dos participantes.

RESUMO: Participarão do estudo os sujeitos que se encaixarem nos seguintes critérios: diagnóstico definitivo de PC; ter idade entre 12 e 30 anos, ser atendido no APPC, no caso de deficiente auditivo, estar devidamente protetizado e ter preenchido o TCLE pelo participante ou familiar/responsável/cuidador. Os participantes serão classificados segundo o GMFCS quanto à função motora grossa e a GMFM, avaliará a motricidade ampla do indivíduo de forma quantitativa. Devido a dificuldade de uso completo da extensa lista de domínios da CIF, gerada pela diversidade de recursos que ela apresenta, a OMS propôs uma lista genérica criada a partir da CIF, contendo as condições mais importantes a serem levantadas durante a atenção ao paciente. Além disso, os participantes serão classificados de acordo com o nível sócio-econômico por meio de questionário pois tal condição pode interferir nos tópicos avaliados nessa pesquisa. A classificação da funcionalidade dos pacientes será realizada por meio de entrevista estruturada com os pais ou responsáveis, durante o semestre de 2010. Os pacientes incluídos no estudo serão avaliados no espaço disponível na APPC. Cada participante será avaliado uma única vez por duas avaliadoras previamente treinadas para a aplicação do GMFCS e do checklist da CIF. As informações sobre o componente de estrutura e função do corpo serão obtidas pelo exame físico, pelas escalas do GMFCS e GMFM e avaliação da capacidade e participação social.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: O profissional fisioterapeuta poderá identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde, as discrepâncias que existem entre o nível de função desejado pelo paciente e sua capacidade de alcançá-lo e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos que serão realizados e apresentados os instrumentos que serão utilizados.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 12 Meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 20/6/2011 e 19/6/2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

0865/10

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Título do projeto: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e GMFM uma relação do ponto de vista funcional do sequelados de paralisia cerebral”.

2 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa classificar, com base na CIF, a população da Associação dos Portadores de Paralisia Cerebral (APPC), enfocando a função e estrutura do corpo, na capacidade e participação social dos participantes.

3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados: Serão realizadas avaliações dos pacientes por meio de entrevista estruturada com os pais ou responsáveis; exame físico (avaliação postural, palpação e movimentação ativa) para obtenção dos componentes de estrutura e função do corpo; e aplicação da *checklist* da CIF nos participantes dentro da instituição.

4 – Desconfortos e riscos esperados nos procedimentos: Não são esperados riscos e desconfortos ao participante durante os procedimentos.

5 – Benefícios para o participante: Tal classificação possibilita se descrever desde problemas funcionais até dificuldades na realização de tarefas, permitindo se observar ocorrências que descrevem como os problemas são manifestados em um ambiente, nas suas perspectivas física, mental e social, facilitando o planejamento dos procedimentos de intervenção em saúde

6 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a fisioterapeuta **Cristina dos Santos Cardoso de Sá**, que pode ser encontrado no endereço: Av. Ana Costa, 95 – Departamento de Ciências da Saúde, UNIFESP – Baixada Santista. Telefone: 13 3261 3324. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

7 - É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

8 – Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

9 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

10 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

11 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e GMFM: caracterização do ponto de vista funcional do sequelados de paralisia cerebral”.

Eu discuti com a fisioterapeuta **Cristina dos Santos Cardoso de Sá** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data / /

Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data / /

Assinatura da testemunha *

*para pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data / /

Assinatura da pesquisadora responsável